الفصل الثالث والعشرون

اعـــادة التأهــيل : فحـــص

Rehabilitation : Investigation

أ . لافـنـدر ، ف . ن . واتـس

A. Lavender and F. N. Watts

الفصل الثالث والعشرون

إعادة التأهيل : فحص

أ. لافندر . ف . ن . واتس

A. Lavender and F. N. Watts

مقدمة

تعرّض إعادة التأهيل لفهم خاطئ على نطاق واسع . لذلك يجب أن يبدأ هذا الفصل بمحاولة لإيضاح المفهوم . ومن الواضح أن الكثيرين من الممارسين لديهم فكرة غير ملائمة حول ما الذى يشكل إعادة التأهيل واعتباره قاصراً على ظروف أكلينيكية معينة . ودائماً ما يتجه التفكير ، فى إطار الاضطرابات السيكايترية ، والتى سيركز هذا الفصل عليها ، إلى اعتبار التأهيل خاصاً بالأشخاص ، الذين يشخصون على أنهم فصاميون ، بينما الواقع أن العملاء من اصحاب الاضطرابات السلوكية يحتاجون بالمثل لإعاده تشكيل توافقهم الاجتماعى ، بالإضافة إلى علاج مشكلاتهم القائمة (watts and Bennett, 1991) ، وفى مجال العمل دائماً ماتتجه إعادة التأهيل إلى المستوى الأدنى من العمل اليدوى، الذى يقل عليه الطلب فى أى اقتصاد متقدم . وهناك تطور ضئيل فى مجال إعادة التأهيل لأنواع أخرى من الوظائف والادوار الاجتماعية ، مثل الأدوار المنزلية والعائلية. ومن حيث المواقف دائمًا يعتبر إعادة التأهيل ملائمًا للمرضى الداخليين المقيمين فى المستشفى لفترات طويلة ، وأحيانا ما ينظر إلى الهدف من إعادة التأهيل على أنه لايزيد عن هدف خروج المرضى من المستشفى .

وقد أدت هذه الصلات بين إعادة التأهيل والمستشفيات النفسية القديمة ، وإعادة التوطين لجعل إعادة التأهيل توصيفًا غير عصرى ، بوصفه خدمات أصحبت تتم الآن فى المجتمع (١) (Lavender and Holloway, 1988) . بالإضافة إلى ذلك ، يبدو أن تعبير إعادة التأهيل أصبح بالنسبة لعديد من العملاء تسمية مغلوطة لعملية مساعدة الناس على العمل لأول مرة ، وهو ما يتعين أن يكون الوصف الصحيح لهذا العمل ، وعلى الرغم من ذلك فمازال التعبير يوفر وصفا جيدا لنوع العمل المهم للناس من ذوى المشكلات المعرفيه والانفعالية الحادة الممتدة لفترات طويلة .

ويمكن وصف إعادة التأهيل بصورة اكثر ملاءمة باعتباره إطارًا مفهوميًا (٢) يهتم بالأهداف . وبتعبيرات عامة ، فإن أهداف إعادة التأهيل هى مساعدة العملاء على جعل أدائهم الاجتماعى ذا قيمة فى السياق الاجتماعى بقدر الإمكان ، ويمكن لعدد متنوع من أساليب العلاج أن يسهم فى ذلك ، ولا توجد حدود قاطعة بين الممارسات العلاجية ، وممارسات إعاده التأهيل . وعلى الرغم من ذلك فإن أهم خصائص إعادة التأهيل تتمثل فى تحقيق أهداف إيجابية لتوافق اجتماعى وانفعالى جيد ، وذلك على عكس الكثير من أساليب العلاج التى تهدف خفض الكرب ، والخلط ، أو الانحراف . كما يهتم إعادة التأهيل أيضًا

---

(1) Community - based.
(2) Conceptual framework.

بالتفاعل الاجتماعى أكثر من اهتمامه بالأهداف بين الأفراد (١) .

وبينما تركز الكثير من أساليب العلاج التى تتراوح بين العلاج الدوائى والتحليل النفسى أساساً على الفرد ، فإن إعادة التأهيل يسعى لمعاونه الفرد على الوصول إلى توافق اجتماعى جيد . وهو ما يتطلب اهتماماً بالبيئة الاجتماعية ، إضافة إلى الفرد ، وإلى التفاعل بينهما .

وجوهرياً ، يعد الهدف من إعادة التأهيل ، هوالقيام بنوع من التطبيع الذى يتضمن أحكاماً حول صحة التفاعل بين الفرد وبين بيئه اجتماعيه معينة ، وعاده ما يعنى ذلك تجنب الانماط المتطرفه لكل من الحمايه الزائدة (٢) والقصور فى الحماية (٣).

وهناك الكثير من العملاء الذين يحتاجون إلى درجة معينة من الحماية من التوترات الممكنة ، كما يحتاجون للدعم للتغلب عليها . وبعض الحالات الاستثنائية من العملاء ممن لايضعون فى اعتبارهم هذه الحاجة للحماية والدعم ، يمكن أن يكونوا غير منتجين ، وبما ينتهى بهم لتوافق اجتماعى غير مستقر ومتأصل . ومن ناحية أخرى ، يؤدى توفير بيئة محمية غير ضرورية لعدم إعطاء الناس إمكانية استخدام أفضل قدراتهم ، وقد يؤدى بكل تأكيد إلى ضمور هذه القدرات ، وإلى أنماط رعاية اعتمادية ، تقلل من الاستقلالية والكرامة .

وتُعد فكرة التقييم المتعمق هذه جوهرية لتطوير برامج تدخل معقولة ومتماسكة فى إطار نظم التعامل مع الحالة (٤) (Intagliata, 1982; Beardshow and towel, 1990) ، أو فى منحى برامج الرعاية (٥) (Department of Health, 1990) ، وهو المنحى الذى أصبح متكاملاً بصورة متزايدة مع خدمات الأشخاص ذوى المشكلات العقلية المستمرة لفترات طويلة ، والذى يصبح التقييم الشامل مكوناً جوهرياً بالنسبة لهم ، ودائماً ما يكون للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين الدور القيادى فى مجال مساعدة فرق إعادة التأهيل التقليدى ، أو الفرق الأحدث تشكيلاً لإعادة التأهيل فى المجتمع على صياغة البرامج، التى تقوم على التقييم الشامل . ودائماً ما كانت المهارات العامة وطرق تحليل واستخدام المعلومات الموضوعية ، التى يسهم بها الأخصائيون النفسيون فى الفريق الأكلينيكى ، ذات قيمة بوصفها النوع من الخبرة المطلوب فى أى تدخل علاجى .

تقييم سياق إعادة التأهيل

هناك حاجة ، قبل التفكير فى تقييم الفرد ، إلى الأهتمام بالسياق الذى يتم فيه إعادة التأهيل ، ونوع البيئة التى يعيش فيها العملاء (أو التى يأتون إليها للقيام بالأنشطة النهارية) وما اذا كانت يمكن أن تعيق أو تيسر إعادة التأهيل بصورة واضحة ، وسيتم النظر هنا فى ثلاثه جوانب : البيئة الفيزيقية ، ونُظم الإداره المتبناه ، والاتصال بالخارج (Lavender, 1985) وعلى الرغم من كون بعض البيئات ، مثل أجنحة المستشفيات المخصصة للأقامة الممتدة ، تعد من بيئات الإقامة على المدى الطويل ، فإن هذه البيئات والتى توجد أكثر من غيرها لاتساعد على إعاده التأهيل ، وهى توجد بالمثل فى بعض مواقف إعادة التأهيل فى المجتمع أو منازل الاسره ، كما توجد فى المستشفيات النفسية .

(1) Intra - Individual objectives.
(2) Over - Protection.
(3) Under - Protection.
(4) Case management systems.
(5) Care program approach.

البيئة الفيزيقية

تؤثر جودة البيئة الفيزيقية ومقدار الراحة الذى توفره فى تيسير أو إعاقة إعاده التأهيل (Holahan, 1976) . وأكثر المناحى عنايه بتقييم البيئة الفيزيقية لأجنحة المستشفيات ، هو المنحى الذى طوره موريس (Morris (1969 ، والذى يتضمن أربعة معايير: الاول معيار بسيط لمقدار الكثافة من حيث عدد الأسرة فى كل جناح ، والآخرين معيارين للطابع المنزلى فى البيئة ودرجة الراحة فى أقسام النوم، والمناطق النهارية ، ووسائل الراحة المتاحة فى غرف النوم والمناطق النهارية ، ومدى ملاءمة تسهيلات النظافة والاستحمام ودورات المياه . وقد طور رنيز وزملاؤه (Raynes et al. (1979 مؤشراً يتعلق بالبيئة الفيزيقية ، كما طور لافندر (Lavender (1984 مقياساً مشابهاً لقياس جودة البيئة الفيزيقية ، فى إطار تطوير استخبار المعايير النموذجية [(١)] ، وطور ليبر وزملاؤه (Leiper et al. (1992 a; b نظام الكوارتز [(٢)]، الذى يتضمن قائمة لتقييم البيئة الفيزيقية لمؤسسات الإقامه ومواقف الانشطة اليومية ، والذى يشبه كلاً من استخبارات المعايير النموذجيه ، والكتابات حول تدخل الدور الاجتماعى .(wolfensberger, 1982)

ممارسات الإدارة

طورت سلسلة من البحوث مقاييس للممارسة الإدارية ، والتى تعد جزءاً مهماً من البيئة الاجتماعية لوحدات إعادة التأهيل ، وتتضمن هذه البحوث دراسة لثلاثة مستشفيات نفسيه ، قام بها وينج وبراون (Wing and Brown (1970، ودراسة مؤسسات الأطفال المعاقين لكينج وزملائه .King et al (197) ودراسة راينز وزملائه (Rayens et al. (1979 لمؤسسات المتخلفين الراشدين ، ودراسة شيفارد ورتشاردسون (shephard and Richardson (1979 للمراكز السيكايترية النهارية فى المجتمع ، ودراسة سيجال ومويلس (segal and Moyles (1979 للتسهيلات النهارية المحمية ، ودراسة وينج (wing (1982 «للمستشفى – الفندق » ، ودراسة لافندر (Lavender (1987 لأجنحه الاقامه الممتدة فى المستشفيات النفسية . وهناك قدر كبير من التداخل بين الممارسات الأخرى التى تم تقييمها فى هذه الدراسات ، ويمكن تصنيفها فى ضوء ثلاثه أبعاد . (Laveder, 1985)

البعد الاول : الاستقلالية – التقييد [(٣)] ؛ أى المدى الذى يُسمح به للعملاء باتخاذ القرارات بأنفسهم ، البعد الثانى : الشخصية وانعدام الشخصية [(٤)] ؛ أى المدى الذى يسمح به للأفراد بالاحتفاظ بمقتنياتهم الشخصية وخصوصيتهم . وأخيراً الدمج ، والعزل [(٥)] وهو مدى انفصال فريق العناية عن العملاء (مثال ذلك هل تتقاسم الأنشطة والتيسيرات ، هل يوجد زى موحد) .

وقد حاول كليفورد وولفسون (Cliford and Wolfson (1989 تصميم مقياس « التقييم الوظيفى لبيئه الرعاية [(٦)] ، تأسيساً على هذه الأفكار ، والذى يوفر تقديرات عبر مجموعة متنوعة من الابعاد المماثلة تستخدم لتقييم جودة وملائمة الرعاية .

---

(1) Model Standards Questionnaire.
(2) Quartz System.
(3) autonomy - Restrictiveness.
(4) Personalization - depersonalization.
(5) Integration - segregation
(6) functional Assessment of Care Invironment (FACE).

الاتصالات الخارجية

العامل الثالث المهم فى إعادة التأهيل ، هو المدى الذى يتاح فيه للمرضى داخل الوحدة بالاتصالات الخارجية . ويحتمل أن تكون هذه المشكلة غير قاصرة على مواقف الإقامة فقط ، فالمرضى الذين يعيشون مع عائلاتهم فى مجتمعهم ، يمكن أن ينقطعوا بالقدر نفسه عن الاتصالات الخارجية . وقد طورت مقاييس كثيرة لتقدير الاتصالات بين المقيمين والمجتمع الخارجى ، منها ماطوره موريس Morris (1969) ، وراينز وزملاؤه (1979) .Rayens et al ولافندر (1984) Lavender ، وكليفورد وزملاؤه (1989) .Clifford et al . وهناك الكثير من اشكال الاتصالات يتعين وضعها فى الاعتبار ، بما فى ذلك الاتصالات غير المباشرة من خلال الخطابات أو التليفون (من وإلى العميل) ، وزيارات الاقارب والأصدقاء ، أو المتطوعين لمقر إقامة العميل ، وزيارات من العميل المقيم للأماكن والاشخاص فى المجتمع المحيط به . ويتعين بالمثل تقييم معوقات الاتصال بما فى ذلك تحديد ساعات الزيارة ، والرقابه على البريد ، والإجراءات المزعجة المتعلقة بالتفاهم على المغادرة .

وسيكون من المفيد التمكن من تقييم هذه الجوانب المختلفة المتعلقة بجودة الرعاية ، التى تقدم فى مواقف معينة ، من خلال مقياس واحد شامل . وقد طور لافندر (1984) Lavender مثل هذا المقياس لهذا الغرض فى إطار المستشفيات النفسية ، وهو استخبار المعايير النموذجيه ، كما قام كليفورد وزملاؤه (1989) .Clifford et al وليبر وزملاؤه (Leiper et al. (1992 a ; b بالتوسع فى هذه المحاولة المبكرة وقدموا مقياسًا أكثر شمولاً كجزء من جودة نظام السلامة (1) ، والذى صمم لتحسين جودة الرعاية فى إطار الصحة العقلية الأكثر اتساعاً . ومن المهم تذكر أن مستوى الرعاية المقدم للأفراد يعتمدعلى مقدار مايوفره المجال الكلى للسياقات المختلفة من امكانات ملائمة لأداء الدور وللدعم الاجتماعى ، الذى يغطى ما هو أكثر من جودة الرعاية ، من خلال الوحدات الفردية .

تقييم الأداء الاجتماعى

من المهم القيام بتقييم شامل لإمكانات الأداء الاجتماعى للعميل ، ومن الحكمة تقييم الصحة الجسمية والنفسية بداية . والصحة الجسمية مهمة على وجه الخصوص ، بالنسبة لأغلب العملاء المعاقين، ممن يحتمل أن يكونوا قد تعرضوا للإهمال لفترات طويلة فى المستشفيات ، وحتى إذا كانوا يعيشون فى المجتمع فربما لا يكونوا قد استفادوا من الخدمات الصحية فيه . والكثير من الوظائف الجسمية الأساسية، مثل : ضعف الإبصار أو السمع أو مشكلات الأسنان ، ومشكلات تحديد النسل ، ومشكلات الدورة الشهرية ، ومشكلات زيادة الوزن يمكن أن يحيط بها أى من أعضاء فريق إعادة التأهيل . والخبرات الخاصه بهذه المهمة تتمثل فى الأعمال التالية (الحصول على موعد مع طبيب عيون لمريض ضعيف النظر بشكل حاد ، ولم يكن لديه نظارات إطلاقًا) . وتحتاج المشكلات الجسمية من هذا النوع لتحديدها بوضوح وعلاجها ، إذا كان يتعين تحقيق أى نوع من التقدم فى إعادة التأهيل . وهناك الكثير من الجوانب فى الصحة النفسية ذات علاقة بإعادة التأهيل . ويقدم هال (1980) Hall مراجعة جيدة للمقاييس الرتبية الخاصة بتقييم المرضى ، منذ فترات طويلة ، ويركز الكثير منها أوليًا على الاضطراب النفسى ، أكثر من تركيزه على الأداء الاجتماعى . ولا توجد حاجة لتقييم القلق والعدوان والسلوك الجنسى ، إلا بقدر الحاجة لإيضاح أن ما يهمنا ، طالما نتناول مجال إعادة التأهيل ، هو مقدار تأثير المشكلات فى هذه المجالات على

(1) Quality assurance system.

إمكانات الأفراد على أداء الأدوار الاجتماعية.

ومن الملفت للنظر مدى جودة أداء بعض الناس على الرغم من المشكلات النفسية الخطيرة ، ويتعلق الجزء الأخير من التقييم الصحى باتجاهات العميل نحو صحته الجسمية والعقلية ، وانشغالاته بالاعراض النفسية والجسمية ، والاقتناع بأن المرض يمنع من تحقيق أى تقدم فى إعادة التأهيل ، أو القلق المفرط حول الانتكاس ، وتشكل كل هذه الأمور عوائق فى وجه إعادة التأهيل.

ويوجد الآن عدد من المقاييس جيدة التصميم للتقييم النظامى للأداء الاجتماعى ، وهى تتضمن مقياس تقييم إعادة التأهيل (١) REHAB (Baker and Hall, 1983) ، واستخبار التسكين الاجتماعي(٢) ، واستخبار المشكلات (Clifford, 1986; 1987) ، وسجل الأداء الوظيفى (٣) (Mulhall, 1990) ،ولكل مقياس من هذه المقاييس هدف مختلف قليلاً ، ويتعلق بعضها بتقييم الحاجة للخدمات ، بينما يتعلق البعض الآخر بتقييم الحاجة للبرامج الفردية ، ويدعى البعض تعلقه بالأمرين . وعلى الرغم من ذلك ، من المهم أن يتضمن التقييم سواء تم بصورة رسمية أو غير رسمية ،الإمكانات الوظيفية الآتية على أقل تقدير.

١ – الذاكره الشخصية والتوجهات (أى معرفة أسماء الوالدين والأقارب ، ومعرفة أعياد الميلاد ، والذاكرة الشخصية حول أيام الطفولة والرشد) .

٢ – القراءة والكتابة (أى القراءة والكتابة والهجاء والحساب ، وفهم النقود ، ومعرفة الاسعار الحالية) .

٣ – رعاية الذات (الصحة الشخصية ، الاستحمام ، العناية بالملابس ، العناية بالامور الصحية الخاصة ، والعناية بالمظهر ، وقص الشعر والعناية به ، واستخدام دورة المياه ، والإسعافات الأولية الأساسية) .

٤ – مهارات إدارة البيت (الطبخ ، التسوق ، التنظيف ، الغسيل ، الخياطة ، إجراء الإصلاحات المنزلية البسيطة ، إمساك ميزانية ، استخدام الاجهزة المنزلية ، استخدام خدمات الغاز والكهرباء والمياه) .

٥ – استخدام التسهيلات المجتمعية (المواصلات العامة ، الضمان الاجتماعى ، الشراء من المتاجر ، أماكن الترفيه ، الخدمات المالية والصحية) .

٦ – مهارات العمل (البحث عن وظيفه ، تقديم طلب وإجراء مقابلة ، المهارات والقدرات الوظيفية) .

بالاضافه إلى ذلك ، فإن امكانات العملاء للتفاعل الاجتماعى والمشاركة فى علاقات اجتماعية تفاعلية تحتاج أيضا للتقييم . وعندما ينصب الاهتمام على دور اجتماعى معين (مثال ذلك بوصف الشخص موظفًا ، أو زوجًا أو والدًا) تصبح هناك حاجة لتقييم أداء هذا الدور . ويجب ملاحظة أن الحصول على تاريخ اجتماعى شامل للعميل ، يعد نقطة بداية مهمة . فعلى سبيل المثال تتنوع الأدوار الاجتماعية ، التى يقوم بها الشخص عبر السنين ، وأى العوامل أدت لنجاح هذه الأدوار ، وهل يوضح التاريخ الاجتماعى سياق ارتقائى متدرج ، اكتسبت خلاله الخبرات فى سياق وطبقت فى الاخر . وقدم واتس وبينت Watts and Bennett (1977) بعض المعلومات الإيضاحية لطرق استخدام الصدق التنبؤى لمجموعة مختصرة من المؤشرات المشتقة من التاريخ الاجتماعى . مثال ذلك أن معرفة مدى استقرار الشخص فى وظيفة أكثر أهمية من معرفة ما إذا كان قد عمل أم لم يعمل فى وظائف موسمية ؛ للكشف عن الاستقرار الوظيفى فى العمل ، كما أن تغير نوع العمل أكثر أهمية من مجرد تغيير العمل ، خاصة فى المجالات التى يكون التغيير فيها أمراً معتاداً .

(1) Rehabilitation Evaluation.
(2) The Community Placement Questionnaire.
(3) Functional Performance Record.

ويحتاج استكمال التاريخ الشخصى لملاحظة دقيقة للأداء الاجتماعى الحالي. وعند تفسير البيانات الوارده من الملاحظة ، يصبح من المهم التمييز بين مفهومى القدرة (١) والأداء (٢) بوضوح . وتعنى القدرة هنا ما إذا كان لدى الشخص فى مخزون مهاراته تلك القدرات ، التى يحتاجها « لأداء » دور اجتماعى معين ، وما إذا كان الأشخاص يستخدمون هذه المهارات فى ممارساتهم بشكل ملائم للحصول على مستوى من الرضا عن ادائهم . مثال ذلك عميل ، يعيش بمفرده قد يكون من بين إمكاناته أو قدراته تغيير ملابسه أو ملاءة سريره ، وهو ما يعد مهارة يدوية بسيطة ، وعلى الرغم من ذلك قد يفشل فى استخدام هذه المهارة بشكل مناسب ، عندما يكون فى مؤسسة إقامة لأنه يفشل فى تذكر كيفية القيام بها، أو لأنه يفتقد الإتجاه حول كيفية تغييرها ، أو أنه لا يظن أن للأمر أهمية . وبالتالى فالأداء يتضمن تقديرات وقيم غير متضمنة فى محتوى المهارات أو القدرات الأساسية . ودائمًا ما يكون من الضرورى أن يتوفر الآتى لأداء الأدوار الاجتماعية :

١ – إمكانية تبنى وجهة نظر الآخر بالبعد عن التمركز (٣) ، وفقًا لمفهوم بياجيه Piaget ، ولهذا يصبح من الممكن الأخذ فى الاعتبار توقعات الأشخاص الآخرين والمشاركة فى ردود فعلهم لبدائل السلوك .

٢ – القدرة على ربط الأحداث الآنية بالمترتبات بعيدة المدى ، والقيام بالأعمال التى تؤدى إلى رضا متأخر .

٣ – مهارات حل للمشكلات لتوليد مجموعه متنوعه من الأساليب الممكنة لتحقيق هدف ، واختبار اكثر الأهداف ملاءمه .

وهناك بالمثل جوانب أخرى للأداء الاجتماعى ، تتضمن قيمًا مثل قبول الرغبات المتبادلة فى العلاقات (بمعنى آخر أن هناك تناوبًا فى الأفعال ، التى يقدمها الأشخاص بعضهم لبعض من خلال علاقاتهم) . وفى قبول الالتزامات الملائمة نحو الآخرين ، وفى اعتبار الشخص نفسه مسئولاً عن افعاله . (Phillips, 1968).

وبالمثل تتفاعل دافعية الدور الاجتماعى مع الكفاءة فى تحديد الأداء ، ويحتمل أن تكون المقابلات محدده البنية هى أفضل وسيلة لتقييم الدافعية ، وكما أوضح جريفس (1974) Griffiths فيما يتعلق بالدافعية للحصول على وظيفة ، ففى تقييم الدافعية يكون من المفيد محاولة تحديد المصادر المتاحة لكل من الرضا وعدم الرضا (Watts, 1983 a) ، ويجب عدم اعتبار الدافعية سمة شخصية مستقرة ، بل تعتمد على إدراكات الرضا وعدم الرضا الممكن ، وعلى المصادر الشخصية والاجتماعية ، والوضع الاجتماعى المعُزّز وتقدير الذات ، والأدوار الاجتماعية . وبالأخص أنه يحتمل أن يكون التوظف هو أكثر مصادر الدافعية قوة . ويتعين موازنة ذلك فى مقابل التوترات التى يستثيرها لأولئك المستهدفين انفعاليًا . وبالطبع يمكن خفض التوترات الانفعالية باكتساب الثقة والقدرة على السيطرة (Paerlin and schoder, 1978)، وبما يوازن المحصلة النهائية للدافعية .

ويمكن تقدير الكفاءه فى أى موقف ، حيثما تتوفر الامكانات لممارسة المهارات ، التى يجرى تقييمها . وبالتالى يمكن تقييم كفاءة الطبخ فى أى مطبخ ، على الرغم من أن إمكانية تقييم ممارسة

(1) Competence.
(2) Performance.
(3) Decentering.

الأشخاص لمهاراتهم فى الطبخ لأطعام أنفسهم ، يمكن أن تحدث فى موقف ، يقومون فيه بهذا العمل بطريقة مستقلة نسبياً ، مثلما يحدث فى منزل العميل . وبالمثل يحتاج تقيم مهارات التوظف القيام به فى موقف واقعى للعمل (Pilling, 1991) .

وبصفة عامة ، يتعين القيام بعمليات تقييم الأداء فى المواقف ، التى يكون العميل فى حاجة لأستخدام مهاراته فيها ، ويتعين أن يقوم بالتقييم أشخاص لديهم وعى بمعايير الأداء المطلوبة . وهناك الكثير من مقاييس التقدير ، التى توفر بيانات مفيدة بين أيدى المقدر ذى الخبرة ، مثل مقياس جريفس (Griffiths, 1973) لسلوك العمل (١) ، والذى لم يتأكد بعد ، بقدر كافٍ ، إمكان استخدامه بواسطة مُقَدر مبتدئ ، وعلى الرغم من ذلك فحينما يتعين إجراء تقييم فى مواقف الدافعية ، يجب ممارسة الحذر فى التعميم حول الأداء فى موقف ، من خلال موقف آخر . ونادراً ما يحتاج الناس لممارسة كفاءتهم بطريقه مستقلة فى البيئة الاجتماعية الطبيعية ، فعادة ما يتلقون دعماً فى صورة نصيحة أو تشجيع ، أو يوجد من يؤدى بعض المهام من أجلهم من وقت لآخر ، أما نوع الدعم المتاح ، فهو ما يمكن أن يشكل الفرق الجوهرى فى مستوى الأداء . وأحد أهداف التقييم هو تحديد الحد الأدنى من مستوى التدعيم الضرورى لأداء ملائم ، ولهذا الأمر تطبيقات مهمة تحدد نوع المواقف ، التى سيتم إيداع العملاء فيها . وبالمثل يتضمن الاداء المقبول فى سياق اجتماعى إمكانات عامة للسلوك الاجتماعى ، ودور العلاقات التى يكون لها على الأقل قدر من الأهمية يساوى أهمية الكفاءة فى مهمة معينة . مثال ذلك ما أوضحه واتس Watts (1978) من أن العلاقات مع زملاء العمل فى وحدة لإعادة التأهيل للعمل كانت افضل منبئ بالتوظف فيما بعد . كما أن الاستجابة للإشراف والحماس ، لهما أيضاً بعض القوه التنبؤية بالنسبة للمرضى الذهانيين على وجه الخصوص ، وحيث يفشل أداء المهام فى التنبؤ . وإسهام السلوك الاجتماعى فى الأداء المنزلى المقبول مهم بالمثل ، فالمرضى الذين يعيشون فى بيوت خاصة (٢) لا تقبل إقامتهم ، إذا لم يكن تفاعلهم الاجتماعى مع صاحبة البيت مقبولاً ، مهما كانت جودة ما لديهم من مهارات منزلية .

وأخيراً هناك بعض المهارات المعينة ، يتضمنها اكتساب الأدوار قد تكون مختلفة عن تلك المكتسبة لأداء أدوارهم ؛ ففى التوظف قد يكون السلوك غير الملائم فى المقابلة الشخصية ذا صلة لصيقة بالفشل فى الحصول على وظيفة (Searls et al. 1971) ، فما يهتم به أصحاب العمل هو الأمانة والتفتح والمعلومات الكافية عن مهارات الوظيفية ، والتوافق الشخصى والمعلومات حول الوظائف السابقه والقدرة على الإجابة اثناء المقابلة (Barbee and Kiel, 1973) . ومن الأمور الأخرى أيضاً ذات العلاقه بالتقييم مدى الاتصالات، التى تتوفر لدى العميل عن عالم الوظائف ، لأن السماع عن الوظائف من خلال العلاقات الشخصية هو الطريقه الأكثر شيوعاً فى الحصول على وظيفة (Jones and Azrin, 1973) . وفى الأدوار المنزلية ، هناك مهارات مشابهة فى طريقة تقديم الشخص لنفسه واتصالاته ذات العلاقة ، والتى تكون لها الأهمية ذاتها ، غير أنها لم تبحث جيداً حتى الآن .

التكامل والدعم الاجتماعى

وأخيراً هناك حاجة لتقييم حجم التكامل والدعم الاجتماعى للمريض (McCarthy, 1988) . وهناك ثروه من الدلائل على أن المرضى أصحاب التكامل الاجتماعى الجيد تكون النتائج التالية لنوبات اضطرابهم النفسى حسنه وإيجابية ، مثال ذلك أن الإشخاص الذين يشخصون على أنهم فصاميون ، ولهم

(1) Griffiths' Scale for work behavior.
(2) Bed Sitter .

سجل نسبى من التوافق الاجتماعى ، تكون نتائجهم أفضل من حيث خروجهم المبكر من المستشفى ، ونجاح إعادة توطينهم فى مجتمعاتهم (Watts, 1983 b) . بينما اتضح منذ فترة بعيدة أن أشخاصاً مقيمين مع أقارب معينين ، يعدون مصادر لدعم اجتماعى جوهرى ، يمكن أن يؤثر فى انتكاس تالٍ (Vaughn and Leff, 1976) ، وهناك قدر ضئيل من البحوث ، فحصت احتياجات العائلات على المدى البعيد . (Atkinson, 1986; Shephard, 1991).

وعادة ما يتضمن التكامل الاجتماعى مجالاً معقولاً من العلاقات ، التى غالبًا ما تكون منفصلة ، وأن كانت توجد من خلال تجمعات متداخله . وقد وجد باتيسون وزملاؤه (1975) .Pattison et al أن عدد العلاقات الاجتماعية الأولية فى الجمهور العام ، يتراوح بين عشرين وثلاثين ، وبين عشرة إلى عشرين عند العصابيين ، ولكنه يتراوح بين ٤ ,٥ بالنسبة للذهانيين . وهناك تعريفات مختلفة قليلا للعلاقات الأولية مستخدمة بين الباحثين . ولكن من المهم اعتبار هذه العلاقات تضم الأقارب ، والأصدقاء والجيران والزملاء، الذين يذكر الفرد أنه توجد معهم علاقة منتظمة . وتغطى قوائم المقابلة لتقدير التفاعل الاجتماعى، التى طورها هندرسون وزملاؤه (مثال ذلك : Henderson and Duncan - Jones, 1982) عديداً من الأشخاص المتاحين حالياً فى الفئات الآتية : ١ - ذوى العلاقة العاطفية الحميمة . ٢ - الأصدقاء . ٣ - زملاء العمل . ٤ - العلاقات الموسمية . وتعد قائمة هندرسون للمقابلة واحدة من كثير من قوائم المقابلة المتاحة لتقدير توافق مجتمع المرضى السيكايتريين (Weissman, 1975) . وبالإضافة إلى عدد العلاقات ، يكون من المفيد النظر إلى الأبعاد المنفصلة لعمق العلاقات ، ونسبة الوقت المنفق فى العلاقات الاجتماعية (Phillips, 1968) .

وتتنوع الوظائف التى تخدمها العلاقات الاجتماعية المختلفة ، ويقترح ويز Weiss (1974) التصنيف التالى المقتبس فى قائمة هندرسون للمقابلة (١) :

١ - الروابط (التى توفر إحساساً بالأمان ومكاناً فى المجتمع)

٢ - التكامل الاجتماعى (الأشخاص المشاركون فى انشغالات معينة ، ممن تُتَبادل معهم الخدمات فى مجالات الاهتمامات العامة).

٣ - إمكانات احتضان الآخرين .

٤ - تأكيد وتعزيز القيمة (روابط الدور مع الأسرة أو زملاء العمل ، الذين يعطون الشخص إحساساً بقيمته) .

٥ - الشعور بوجود حلفاء موثوق فيهم (عادة ما يكونون من الأقارب)

٦ - الحصول على الإرشاد (بمعنى القرب من ناصح موثوق فيه ، عندما يكون المرء تحت ظروف ضاغطة) .

وعلى الرغم من فائدة هذا التصنيف ، إلا أنه واحد من التصنيفات الكثيرة التى يمكن اقتراحها . مثال ذلك أنه لا يتضمن مفهوم « الامين على السر (٢) » كما استخدم فى دراسة براون وهاريس للاستهداف للاكتئاب . (Brown and Harris, 1978)

(1) Henderson' Interview Schedule.
(2) Confidant.

وهناك نقطتان عامتان تحتاجان لتذكرهما عندأى تقييم لمدى استيفاء مثل هذه الوظائف لدى العميل. إحداهما : أن هناك قدراً مهمًا من الفروق الفردية فى مايتعلق بهذه الاحتياجات ، ويعنى هذا أنه من المهم النظر ، لا إلى مجرد أهداف الدعم الاجتماعى فى هذه الفئات المتعددة ، بل إلى مقدار رضا الأفراد بالمتاح لهم . وقد وجد هندرسون وزملاؤه (1978) .Henderson et al أن الأشخاص الذين شخصوا على انهم عصابيون دائما ، ماكانوا يشعرون أن احتياجاتهم لم تشبع ، بينما تتوفر لديهم شبكة صلات أوليه واقعية . النقطة الثانية تتعلق بالمدى ، الذى يمكن أن يحل به أحد جوانب التكامل الاجتماعى محل جانب اخر . وهناك دليل على أن المصادر المختلفة للدعم تشبع ، وظائف مختلفة (انظر مراجعة Bennett and Mouuis, 1983) ، مثال ذلك أنه يستعان بالجيران للحصول على الدعم الفورى المحدود ، بينما يستعان بالاقارب للحصول على العون الأكثر أهمية ، والذى قد يتطلب وقتًا أطول للحصول عليه ، ولكنه يدوم لفترات أبعد. (McCarthy, 1988).

وهناك أيضًا تمييز ، مهم على وجه الخصوص فى مجال إعادة التأهيل ، بين الصلات الاجتماعية، التى توفر امكانات ممارسة مسئوليات الدور (وهى رقم ٣ ، ٤ فى تصنيف ويز Weiss) وتلك التى توفر إمكانات الحصول على المساعدة . فبالنسبة لبعض الناس ، يكون الحصول على وظيفة مهماً لتوفير إمكانية التخلص من المسئوليات . وعلى الرغم من ذلك ، فعند انهيار إمكانات الحصول على عمل تصبح بعض الإمكانات الأخرى لأداء الدور متزايدة الأهمية ، من خلال الأنشطة التطوعية البناءة ، والاسهام فى إسعاد الأسرة والجيران ، أو فى القيام بوظائف فى بيئة محمية. (Holloway, 1988) . وهناك بالطبع إمكانات عديدة للقيام بدور مسئول فى البيت ، ومن المهم هنا معرفة من يفعل ماذا ، وكيف تنشأ هذه الانماط المعينه من المسئوليات ، ومامجال التغيير الموجود ، وكيف تحل الخلافات فى هذا المجال (Shapherd, 1983) . وعندما تكون توقعات أسرة العميل منخفضة ، يميل اداؤه بالمثل للإنخفاض (مثال ذلك Freeman and Simmons, 1963) . وعلى الرغم من هذا قد تكون هناك بعض الحدود الواضحة للغاية لما يستطيع العملاء القيام به لأنفسهم فى بعض الحالات وقد يكونوا فى حاجة لحمايتهم من التوقعات ، التى لا يمكنهم الاستجابه لها . ومن الأمور شديدة الأهمية ، لكى يستطيع العملاء مواصلة استقلالهم ، وأن لا يصبحوا معاقين بلا ضرورة أن يشجعوا على القيام باكبر قدر ممكن من العمل .

ومن الأمور المثيره للشغف أن التوقعات المرتفعة لاتزيد من مخاطر العودة إلى الاضطراب النفسى، بقدر ما يؤدى إليه التورط فى الانفعالات العميقة ، التى توصف باعتبارها مستوى مرتفعاً من الانفعالات المعبر عنها (McCarthy, 1988) ، وأكثر الجوانب المنفردة تاثيراً فى الانفعالات ، هى عدد التعليقات الناقدة ، التى تصدر من الأقارب عن المريض . وتعتمد محكات هذه التعليقات جزئيًا على السياق الذى تصدر فيه ، واللهجه التى تصدر بها (Kuipers, 1979) وترتبط التعليقات الناقده بخطر الانتكاس لدى كل من الفصاميين والاكتئابيين ، على الرغم من أن آلية تأثيرها مختلفة فى الحالتين ؛ ففى الفصام يكون من المهم أيضًا التفكير فى الصلات القائمة بين المريض والاسرة ، وحيث تتفاعل هذه الصلات مع مستوى الانتقادات (Vaughn and Leff, 1976) . وكلما كان مستوى الانتقاد مرتفعاً ، أصبح من المهم ، على وجه الخصوص ، وضع الترتيبات التى تخفض من العلاقات إلى مستويات متوسطه .

وعند التفكير فى مدى ملاءمه بيئة معينة ، فإن المحكات العامة هى ماإذا كانت هذه البيئة ستفى باحتياجات العميل وطموحاته ، وهل ستؤدى إلى توافق مستقر غير معرض لخطر الانهيار ، ولن توفر إلا الحد الأدنى من الحماية والدعم ، وبما لا يتجاوز المتاح عادة . وعندما توجد ثغرات فى نظام الدعم الطبيعى تصبح هناك ضرورة للاهتمام بكيفية علاجها . وأحيانًا ما ينتهى التدخل مع العائلة بتوفيرها

لمستوى متزايد من الدعم . (McCarthy, 1988) . وعلى الرغم من ذلك ، سيظل هناك عديد من المرضى لاأمل لهم فى تزويد الأسرة أو شبكة العلاقات الاجتماعية لهم بالدعم الضرورى ، وفى هذه الحالات سيكون من الضرورى الترتيب لكى توفر الخدمات التأهيليه دعماً اضافياً أو ثانوياً ، على الرغم من أن ذلك لا يمكن أن يفى كلية بوظائف نظم الدعم الطبيعية (Shepherd, 1991) . ويقع فى مجال الاهتمام بتقديم كل من الخدمه الفعاله والحفاظ على استقلاله العميل أن ألا يكون الدعم الاضافى أكثر من الضرورى . ويحتاج أعضاء فريق التأهيل أو فريق العمل فى المجتمع لمعرفه ما هى التيسيرات الاضافية المتاحة فى المجتمع وذات العلاقة فى المستشفى . ومن الضرورى توفر شبكة من الامكانات لتقديم الإقامة بالمستوى الملائم من الإشراف لأولئك الذين لا يستطيعون الحياة بمفردهم. (Garety, 1988) واتاحه فرص وظائف محميه أو بعض الأنشطه النهارية لأولئك الذين لا يستطيعون الحصول على وظائف عادية (Pilling, 1988)، وتوفير دعم اجتماعى ثانوى لإكمال شبكة الخدمات الأولية . (Shephard, 1991)

رصد التغير

أخيراً ، ففى إعادة التأهيل ، مثلما هو الحال فى المجالات الأخرى ، من المهم وجود سبل لرصد، ما إذا كانت التدخلات التى صممت لتحسين التوافق الاجتماعى للمرضى كانت فعالة بالقدر المرجو منها . وتحتاج مثل هذه الاعتبارات لوضعها فى الحسبان فى مرحلة التقييم ، حتى يمكن استخدام مقاييس تجعل مثل هذا الأمر ممكناً . وهناك بالفعل عدد من المقاييس ، ومن بينها مقاييس مقننة تقدر سلوك العميل (مثال ذلك Baker and Hall 1983; Mulhall, 1990) ومقاييس تقدر مستوى حياه العميل (Rolleston, 1990) ، ومقاييس اخرى كيفية ، تحت التطوير فى مجال إعادة التأهيل (watts, 1989) . وعادة ما يعتمد اختيار المقياس الملائم على طبيعة مشكلات العميل والظروف الفريدة ، التى يتسم بها موقف أو مواقف التأهيل .

وفى حالة العملاء الأفراد ، يوصى شيفارد Shephard (1983) ، باستخدام إجراء قياسى متدرج وبسيط ، وأن كان مرناً لتحقيق الأهداف . مثال ذلك يمكن مقدماً صياغة خمسة مستويات للنتائج ، تتراوح بين أكثر النتائج العلاجية غير المرغوبة عبر النتائج الأكثر احتمالاً ، وحتى أفضل النتائج العلاجية المتوقعة. وعادة ما تحتاج المجالات المتعددة لوصفها بشكل منفصل بالنسبة لكل فرد ، وبالنسبة لكل متغير من متغيرات النتائج ، ويمكن عندئذ ربط درجة التغير المتحقق بالنقاط على المقياس المستخدم عند بداية إعادة التأهيل . وقد استخدم بيلنج Pilling (1988) هذا الأسلوب بنجاح ، وقدم منحىً مقنناً جذاباً لخصائص التغير يمكن تطبيقه على مجموعات المرضى غير المتجانسة .

خلاصة

يتطلب التقييم فى مجال إعادة التأهيل اجراؤه على كل من الفرد والبيئة ، وتتراوح عمليات تقييم البيئة بين تقييم وحدات إعادة التأهيل ذاتها وبين تقييم المجتمع الطبيعى . ويتراوح التقييم المطلوب للأفراد بين تقييم الامكانات الأساسية للحياة المستقلة نسبياً ، وبين تقييم المستويات العليا من الإمكانات المطلوبة لأداء الأدوار الاجتماعية . ولا يوجد لأى من الحالتين اساليب تقييم مقننة مرُضية ويحتاج الأخصائى النفسى الأكلينيكى للعمل من خلال تبنى مفهوم ملائم لكل من إعاده التأهيل ، لمعرفة ما الذى يتطلب تقييماً، ولأساسيات القياس النفسى ؛ ليكون قادراً على استنباط إجراءات مرُضية ، يمكن تطبيقها فى الظروف المحلية.

References

Atkinson, J. M. (1986) *Schizophrenia at Home: A Guide to Helping the Family*, London: Croom Helm.

Baker, R. and Hall, J. N. (1983) *REHAB: Rehabilitation Evaluation. Hall and Baker*, Aberdeen: Vine Publishing.

Barbee, J. R. and Kiel, E. C. (1973) 'Experimental techniques of job interview training for the disadvantaged: videotape feedback, behaviour modification and microcounselling', *Journal of Applied Psychology* 58: 209–13.

Beardshaw, V. and Towell, D. (1990) *Assessment and Case Management: Implications for the Implementation of Caring for People*, Kings Fund Institute Briefing Paper No. 10, London: Kings Fund.

Bennett, D. H. and Morris, I. (1983) 'Support and rehabilitation', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Brown, G. W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London: Tavistock.

Clifford, P. (1986) *Community Placement Questionnaire*, London: National Unit for Psychiatric Research and Development.

Clifford, P. (1987) *Problems Questionnaire*, London: National Unit for Psychiatric Research and Development.

Clifford, P. and Wolfson, P. (1989) 'FACE: a functional assessment of care environments', unpublished paper and questionnaire, National Unit for Psychiatric Research and Development, London.

Clifford, P., Leiper, R., Lavender, A. and Pilling, S. (1989) *Assuring Quality in Mental Health Services: The QUARTZ System*, London: Free Association Press.

Department of Health (1990) *Health and Social Services Department. Caring for people, the Care Programme Approach for people with a mental illness referred to the specialist psychiatric services*, HC(90)23/LASSC(90)11, Lancashire: DOH.

Freeman, H. E. and Simmons, O. G. (1963) *The Mental Patient Comes Home*, New York: Wiley.

Garety, P. (1988) 'Housing', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice*, Chichester: Wiley.

Griffiths, R. D. P. (1973) 'A standardised assessment of the work behaviour of psychiatric patients', *British Journal of Psychiatry* 123: 403–8.

Griffiths, R. D. P. (1974) 'Rehabilitation of chronic psychiatric patients: an assessment of their psychological handicap, an evaluation of the effectiveness of rehabilitation and observations of the factors which predict outcome', *Psychological Medicine* 4: 316–25.

Hall, J. N. (1980) 'Ward rating scales for long-stay patients: a review', *Psychological Medicine* 10: 277–88.

Henderson, S. and Duncan-Jones, P. (1982) *Neurosis and the Social Environment*, London: Academic Press.

Henderson, S., Duncan-Jones, P., McAuley, H. and Ritchie (1978) 'The patients' primary group', *British Journal of Psychiatry* 132: 74–86.

Holahan, C. J. (1976) 'Environmental change in a psychiatric setting; a social systems analysis', *Human Relations* 29: 153–66.

Holloway, F. (1988) 'Day care and community support', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Intagliata, J. (1982) 'Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management', *Schizophrenia Bulletin* 8: 655–74.

Jones, R. J. and Azrin, N. H. (1973) 'An experimental application of a social reinforcement approach to the problem of job-finding', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 6: 345–53.

King, R. D., Raynes, N. V. and Tizard, J. (1971) *Patterns of Residential Care*, London: Routledge and Kegan Paul.

Kuipers, L. (1979) 'Expressed emotion: a review', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 237–43.

Lam, D. H. (1991) 'Psychosocial family intervention in shizophrenia: a review of empirical studies', *Psychological Medicine* 21: 423–41.

Lavender, A. (1984) *Evaluation in Settings for the Long Term Psychologically Handicapped*, London: Kings College Hospital Medical School, University of London.

Lavender, A. (1985) 'Quality of care and staff practices in long term settings', in F. N. Watts (ed.) *New Developments in Clinical Psychology*, Leicester: BPS/Wiley.

Lavender, A. (1987) 'Improving the quality of care on psychiatric hospital rehabilitation wards', *British Journal of Psychiatry* 150: 476–81.

Lavender, A. and Holloway, F. (1988) 'An Introduction', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Leiper, R., Lavender, A., Pilling, S. and Clifford, P. (1992a) *Structures for the Quality Review of Mental Health Settings: The QUARTZ Schedules*, Brighton: Pavilion.

Leiper, R., Pilling, S. and Lavender, A. (1992b) *Implementing a Quality Review System: The QUARTZ Manuals*, Brighton: Pavilion.

MacCarthy, B. (1988) 'The Role of Relatives', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Morris, P. (1969) *Put Away: A Sociological Study of Institutions for the Mentally Retarded*, London: Routledge & Kegan Paul.

Mullhall, D. (1990) *Functional Performance Record*, London: NFER.

Parry, G. (1991) 'Domestic roles', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.

Pattison, E. M., Defrancisco, D., Wood, P., Frazier, H. and Crowder, J. (1975) 'A psychosocial kinship model for family therapy', *American Journal of Psychiatry* 132: 1246–51.

Pearlin, L. I. and Schooler, C. (1978) 'The structure of coping', *Journal of Health and Social Behaviour* 19: 2–21.

Phillips, L. (1968) *Human Adaption and its Failures*, New York: Academic Press.

Pilling, S. (1988) 'Work and the continuing care client', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice*, Chichester: Wiley.

Pilling, S. (1991) *Rehabilitation and Community Care*, London: Routledge.

Raynes, N. V., Pratt, M. W. and Roses, S. (1979) *Organisational Structure and the Care of the Mentally Retarded*, London: Croom Helm.

Rolleston, M. (1990) 'Controlled Study of Quality of Life – Long Term Patients Resettled in the Community', unpublished thesis submitted in partial fulfilment of the BPS Diploma in Clinical Psychology, Leicester.

Searls, D. J., Wilson, L. T. and Miskimins, R. W. (1971) 'Development of a measure of unemployability among restored psychiatric patients', *Journal of Applied Psychology* 55: 223–5.

Segal, S. P. and Moyles, E. W. (1979) 'Management style and institutional dependency in sheltered care', *Social Psychiatry* 14: 159–65.

Shepherd, G. W. (1983) 'Planning the rehabilitation of the individual', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Shepherd, G. W. (1988) 'Evaluation and service planning', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Shepherd, G. W. (1991) 'Foreword: Psychiatric rehabilitation for the 1990s', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.

Shepherd, G., Holloway, F. and Richardson, A. (1979) 'Organisation and interaction in psychiatric day centres', *Psychological Medicine* 9: 573–9.

Vaughn, C. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.

Watts, F. N. (1978) 'A study of work behaviour in a psychiatric rehabilitation unit', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 17: 85–92.

Watts, F. N. (1983a) 'Employment', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. (1983b) 'Socialisation and social integration', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. (1989) 'Qualitative research', in F. N. Watts and G. Parry (eds) *Behavioural and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods*, London: Erlbaum.

Watts, F. N. and Bennett, D. H. (1977) 'Previous occupational stability as a predictor of employment after psychiatric rehabilitation', *Psychological medicine* 7: 709–12.

Watts, F. N. and Bennett, D.H. (1991) 'Neurotic, affective an conduct disorders', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.

Weiss, R. S. (1974) 'The provision of social relations', in Z. Rubin (ed.) *Doing Unto Others*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Weissman, M. M. (1975) 'The assessment of social adjustment: a review of scales', *Archives of General Psychiatry* 32: 357–65.

Wing, J. K. (1982) 'Long-term community care; experience in a London borough', *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 2.

Wing, J. K. and Brown, G. W. (1970) *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960–1968*, Cambridge: Cambridge University Press.

Wolfensberger, W. (1982) *The Principle of Normalisation in Human Services*, Toronto: National Institute of Mental Retardation.